



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7015 (13) U

(51) 7 A61B17/00, A61B5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДЕЗІНВАГІНАЦІЇ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ІНВАГІНАЦІЇ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ (2)

2

(21) 20040402970

(22) 21.04.2004

(24) 15.06.2005

(46) 15.06.2005, Бюл. № 6, 2005 р.

(72) Гриценко Євген Миколайович, Гриценко Микола Іванович

(73) Гриценко Євген Миколайович, Гриценко Микола Іванович

(57) Спосіб діагностики дезінвагінації при консервативному лікуванні інвагінації кишечника у дітей, що включає введення газу у пряму кишку під тиском не вище 120 мм рт.ст., визначення наявності газу, що поступає із зонда, введеного в шлунок, який відрізняється тим, що одночасно реєструють тиск у прямій кишці та у шлунку і визначають дезінвагінацію при рівності тиску у прямій кишці та в шлунку.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії дитячого віку.

Відомий спосіб консервативного лікування інвагінації кишечника у дітей методом пневмопресії, коли проводять інсуфляцію повітря в пряму кишку під тиском до 120 мм рт.ст., а контроль дезінвагінації здійснюють рентгенологічним способом. Проникнення газу у тонку кишку, що визначається на рентгенограмі, свідчить про дезінвагінацію (див. В.В. Подкаменев, В.А. Урусов "Діагностика и лечение инвагинации кишечника у детей", Иркутськ, 1986, с 83).

Найбільш близьким до запропонованого є ["Спосіб лікування тонкокишкової інвагінації у дітей" АС №1491469 А61В17/00], що включає розправлення тонкокишкового інвагігату шляхом дозованого нагнітання газу під тиском не вище 120 мм рт.ст., а контроль дезінвагінації здійснюють по надходженню бульбашок газу із зонда, введеного в шлунок, в рідину. Спосіб може бути використаний і при інших видах інвагінації з метою виключення рентгенологічного контролю дезінвагінації.

Недоліками відомого способу є недостатня об'єктивність. Мали місце діагностичні помилки, коли після виділення поодиноких бульбашок газу хірург вважав, що відбулася дезінвагінація, тоді як газ витіснявся із шлунка, а інвагігат не був розправлений.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти

об'єктивізації способу, підвищення його надійності та виключення діагностичних помилок.

Поставлену задачу вирішують створенням способу підтвердження дезінвагінації при консервативному лікуванні інвагінації кишечника у дітей, що включає введення газу в пряму кишку під тиском не вище 120 мм рт.ст., визначення наявності газу, що надходить із зонду, введеного в шлунок, який згідно з корисною моделлю відрізняється тим, що після початку виділення газу через шлунковий зонд одночасно реєструють тиск у прямій кишці та в шлунку і при його рівності говорять про настання дезінвагінації. При нагнітанні газу тиск у прямій кишці до дезінвагінації може підвищуватися до 120 мм рт.ст., в той же час у шлунку він істотно відрізняється і практично дорівнює нулю. Після настання дезінвагінації та виділення газу через шлунковий зонд тиск у прямій кишці та в шлунку вирівнюється, що є достовірною та об'єктивною ознакою дезінвагінації.

На малюнку представлена схема контролю дезінвагінації запропонованим способом. Наконечник, введений в пряму кишку 1, балон Річардсона 2, манометр 3, зонд 4 з манжетою, що роздувається, 5, другий манометр 6.

Спосіб виконують слідуючим чином. Після премедикації, під наркозом, в шлунок вводять зонд 4 з манжетою, що роздувається, 5, і звільняють його від вмісту, роздувають манжету. Зовнішній кінець зонду 4 поміщають в ємкість з рідиною. Через наконечник 1, за допомогою балону Річардсона 2, під контролем манометра 3 в пряму кишку

(13) U

(11) 7015

(19) UA

повільно, дозовано проводять інсуфляцію повітря під тиском не вище 120 мм рт.ст. Після настання дезінвагінації газ заповнює вищележачі відділи кишечника і починає виділятися із шлунка через зонд 4 в рідину у вигляді бульбашок. До зонду 5 приєднують манометр 6, підтягують зонд, обтуруючи стравохід за допомогою манжети 5 і продовжуючи інсуфляцію повітря реєструють тиск одночасно в прямій кишці та у шлунку за допомогою манометрів 3 і 6. При рівному тиску у прямій кишці та у шлунку констатують дезінвагінацію.

Приклад конкретного виконання: Дитина С. [історія хвороби №6121] поступив в дитяче хірургічне відділення через 4 години після початку захворювання зі скаргами матері на неспокій, одноразове блювання. При пальпації в правій мезогастральній ділянці чітко визначається інвагінат. Після премедикації, під загальним знеболенням, в шлунок введений катетер Фоллея, манжета роздута. Початковий тиск у шлунку 0 мм рт.ст. Проведено нагнітання газу у пряму кишку під тиском 80-100 мм рт.ст. Через 3 хвилини відмічене падіння тиску в

прямій кишці до 40 мм рт.ст., газ почав виділятися через зонд, введений в шлунок.

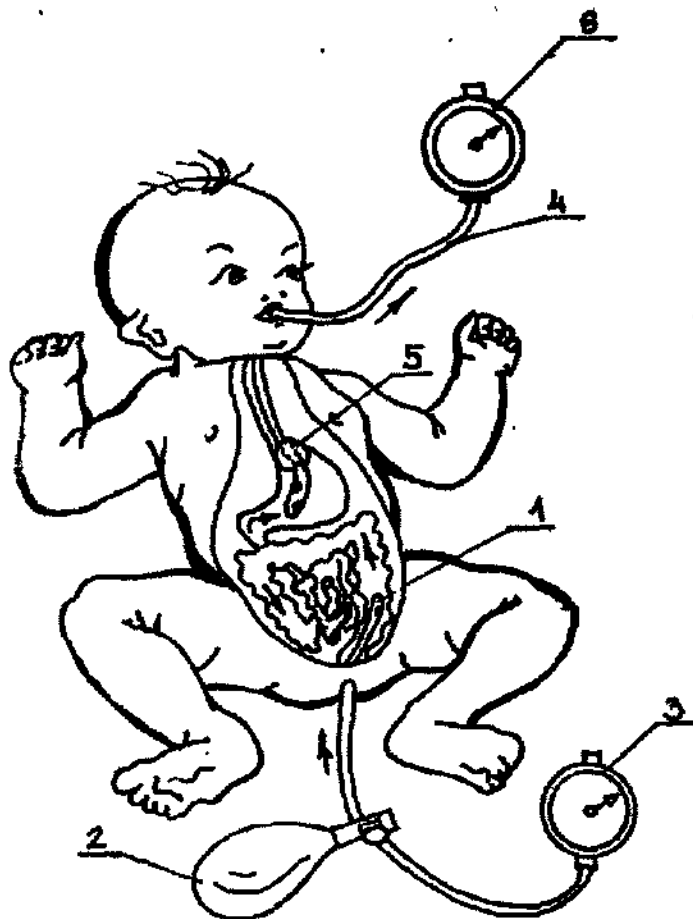
При вимірюванні тиску у прямій кишці та в шлунку одночасно тиск рівний, 40 мм рт.ст. При подальшому нагнітанні газу тиск у прямій кишці та в шлунку синхронно підвищується до 60-80 мм рт.ст., констатована дезінвагінація. Виписаний з одужанням наступного дня. Рентгенологічні способи контролю не застосовувалися.

Запропонованим способом було проліковано 14 дітей. Діагностичних помилок не було.

Використання способу дозволяє проводити консервативне лікування інвагінації без рентгенологічного контролю, що особливо важливо в зонах з неблагоприсним радіаційним фоном та в зонах стихійних лих.

Спосіб простий, доступний в кожному хірургічному відділенні, не вимагає складного обладнання, від прототипу відрізняється більшою об'єктивністю.

Використання запропонованого способу дозволяє уникнути помилок пов'язаних з контролем дезінвагінації.



Фіг.